



Abordagem das cefaléias no idoso

Management of headache in elderly

Carlos Umberto Pereira

Professor adjunto doutor do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - UFS - Aracaju - SE.

Carlos Michell Torres Santos

Fisioterapeuta. Pós-graduando em Acupuntura pelo Instituto Mineiro de Estudos Sistêmicos - IMES - Salvador - BA.

João Tiago Silva Monteiro

Andréa Fernanda Santos Silva

Egmond Alves Silva Santos

Doutorando(a) de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - UFS - Aracaju - SE.

Endereço para correspondência: Prof. Dr. Carlos Umberto Pereira - Av. Augusto Maynard, 245/404 - CEP 49015-380 - Aracaju - SE - E-mail: umberto@infonet.com.br

Unitermos: cefaléia, idoso, tratamento.

Untermis: headache, elderly, treatment.

Sumário

A cefaléia é uma das mais freqüentes doenças neurológicas. Dados mostram que cerca de 10% da população jovem e 34% da população idosa têm algum grau severo de acometimento da cefaléia. Os autores discutem o adequado manejo da cefaléia no idoso.

Summary

Headache is one of the most frequently neurological disease. Dates show that 10% of young people and 34% of elderly people have headache with a several grade of disease. The authors discuss the correct management of headache in elderly.

Numeração de páginas na revista impressa: **4 à 13**

Introdução

Assim como a vida é incurável, terminando sempre em morte, o envelhecimento é inevitável começando ao nascimento. Apesar de sua universalidade, o envelhecimento é difícil de ser definido. A definição mais amplamente aceita é: envelhecimento constitui uma diminuição da capacidade de sobrevivência. Sendo o crescimento dessa o responsável pelo enorme aumento da expectativa média de vida da população(18,19). A mudança no perfil etário da população tem exigido modificações na política e nas ações de saúde, tornando que os conhecimentos anteriormente restritos aos campos da geriatria e gerontologia sejam extremamente úteis para as mais diversas especialidades da medicina(29).

Acredita-se que a prevalência de queixas, sintomas e doenças, de modo geral, aumentem com o passar dos anos. Essa crença decorre de diversos fatores como o aumento da morbidade médica nos idosos por doenças crônico-degenerativas, a percepção da proximidade do final da vida, o isolamento social, a limitação física e a alta incidência de distúrbios psíquicos. A cefaléia, porém, ao contrário das outras queixas, tem mostrado sua prevalência diminuída com o aumento da idade(8,9,29,37). Por volta de 1850, Romberg declarou que "as dores de cabeça geralmente diminuem com o aumento da idade ou cessam totalmente; porém nas mulheres muitas vezes só terminam na caduquice". A declaração de Emerson, publicada em 1870, foi mais elegante: "até os 50 anos, as cefaléias afligem todos os cidadãos"(8).

Os diversos estudos sobre as prevalências das cefaléias têm confirmado tais afirmações(6). Outros estudos epidemiológicos confirmaram a prevalência do declínio das cefaléias com o aumento da faixa etária(6,16,25,33,36). Apesar de ser a mais freqüente queixa da população jovem, a cefaléia é apenas a 10ª e a 14ª queixa para mulheres e homens idosos, respectivamente.

Em sua grande maioria, as cefaléias são comumente benignas e de fácil prognóstico e não representam nenhum perigo à vida do paciente. No entanto, tornam-se mais preocupantes com o aumento da idade(29). Dados comparativos mostram que apenas 10% dos jovens apresentam gravidade no diagnóstico das cefaléias, percentual que aumenta para 34% em pessoas idosas(35). Sendo que um de cada três desses diagnósticos é decorrente de distúrbios sistêmicos secundários e lesões intracranianas primárias que são agravadas pela fragilidade orgânica gerada pelo aumento da idade(35).

Etiologia

Cefaléia, cefalgia ou dor de cabeça é simplesmente um sintoma quando somente se refere a dor ou faz parte de uma síndrome na qual a dor de cabeça ocupa o lugar central, ou mais saliente, no conjunto dos outros sintomas.

As cefaléias constituem uma das doenças mais freqüentes nas consultas neurológicas(9). Em geral, o médico percebe que não é uma causa básica grave, mas que o paciente necessita de alívio sintomático e de segurança. O médico deve decidir até onde deve

fazer a investigação para assegurar de que não existe doença orgânica grave(28). A história cuidadosa tem maior importância, pois não existem sinais físicos, na maioria das vezes, e o diagnóstico preciso é dado, com freqüência, apenas pela anamnese.

Analisando brevemente a fisiopatologia das cefaléias podemos dizer que são produzidas como consequência de distúrbios nas estruturas anatômicas extracranianas e endocranianas sensíveis à dor (Tabela 1).

Não se pode esquecer que as dores podem ser secundárias a alguns processos (Tabela 2).

Por essas razões, fica claro que o preciso conhecimento médico das diversas etiologias das cefaléias é extremamente importante para o diagnóstico e o tratamento destas, pois devemos estar diante de uma cefaléia primária sem grandes agravantes ou uma secundária em que a dor é sintoma de uma condição mórbida.

Tabela 1 - Estruturas cranianas sensíveis à dor⁽³⁷⁾

1. Pele, tecido celular subcutâneo, músculos, artérias extracranianas e periósteo.
2. Olhos, ouvidos, cavidades nasais e seios paranasais.
3. Grandes seios venozos intracraniais, principalmente o seio cavernoso.
4. Parte da dura-máter na base do cérebro, artérias da dura-máter, pia-máter e aracnóide, particularmente nos segmentos próximos a artéria cerebral média e a porção intracranial da artéria carótida interna.
5. A artéria meníngea média e as artérias temporais superficiais.
6. Os nervos ópticos, oculomotores, trigêmeo, glossofaríngeo, vago e as três primeiras raízes cervicais⁽¹⁾

Tabela 2 - Processos geradores de dor(37)

1. Dilatação, distensão ou tração das artérias craniais, sensíveis à dor.
2. Tração das estruturas venosas intracraniais ou das meninges.
3. Compressão, tração ou inflamação dos pares cranianos ou raízes espinhais.
4. Espasmos ou inflamação cranianos ou cervicais.
5. Irritação meníngea.
6. Aumento da pressão intracranial.
7. Perturbações das porções serotoninérgicas intracraniais (a serotonina é um neurotransmissor, mas está amplamente relacionada com a fisiopatologia das cefaléias primárias). Existem ainda evidências da participação de outros neurotransmissores como o GABA e o glutamato, todavia este tema está em estudo(1,5).

Tabela 3 - Classificação das cefaléias(29)

Primárias	Secundárias
1. Migrânea (enxaqueca).	5. Cefaléia associada a trauma craniano.
2. Cefaléia do tipo tensional.	6. Cefaléia associada a distúrbios vasculares.
3. Cefaléia em salvas e hemicraniana paroxística crônica.	7. Cefaléia associada a distúrbio intracraniano não vascular.
4. Cefaléias diversas não associadas à lesão estrutural.	8. Cefaléia associada ao uso de substâncias ou a sua retirada.
	9. Cefaléia associada à infecção não cefálica.
	10. Cefaléia associada a distúrbios metabólicos.
	11. Cefaléia ou dor facial associada a distúrbio de crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios paranasais, dentes, boca ou outras estruturas da face ou crânio.
	12. Nevralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor da deafferentação.

Reserva-se o grupo 13 para qualquer cefaléia que não preencha os critérios descritos.

Classificação das cefaléias

Existem diferentes formas de classificar as cefaléias. Em 1988, a International Headache Society (IHS) elaborou a "classificação e critérios diagnósticos das cefaléias, nevralgias cranianas e dores faciais" com critérios diagnósticos baseados inteiramente em atributos clínicos(17). Dividindo-as em dois tipos e doze grupos distintos (Tabela 3).

A classificação da IHS é constituída de critérios de inclusão e exclusão, extraídos do relato do paciente e corroborados pela normalidade do exame físico e investigação complementar adequada, quando necessário.

Diagnóstico das cefaléias em idosos

As queixas dos pacientes acometidos por cefaléia são pouco específicas, principalmente naqueles de idade avançada. Entretanto, alguns sintomas são descrições frequentes e decisivas para o diagnóstico da cefaléia nesses pacientes com o reconhecimento das disfunções, peculiares da idade, que podem ser causadoras da cefaléia; diagnóstico dos distúrbios sistêmicos, intracranianos e causadores de outras desordens e dando especial atenção à redução da tolerância a medicamentos e ao aumento do potencial das contra-indicações desses no tratamento dos diversos distúrbios da idade(8).

Tabela 4 - Bloqueadores β-adrenérgicos(3)

Droga	Posologia em mg/dia (número de tomadas/dia)	Efeitos adversos
Propranolol	40-240 (2 a 3)	Hipotensão arterial, bradicardia.
Atenolol	25-150 (1 a 2)	Sonhos vívidos, pavor noturno, insônia.
Nadolol	40-120 (1 a 2)	Astenia, impotência sexual, broncoespasmo.
Metoprolol	100-200 (1 a 2)	Depressão.

Principais grupos nosológicos que acometem os idosos

Cefaléias primárias e seus acometimentos

1. Migrânea

A migrânea é um distúrbio bastante comum que se caracteriza por uma cefaléia pulsátil, periódica, com intensidade de moderada a severa, que se agrava com as atividades físicas e o esforço. É recorrente, geralmente unilateral e acompanhada, na maioria das vezes, de fotofobia, fonofobia, náuseas e vômitos; tem duração de 4 a 72 horas (quando a duração é maior que 72 horas, caracteriza-se o estado migranoso) e pode ser acompanhada pelo fenômeno de aura(23), que são sintomas neurológicos de origem cortical ou tronco-cerebelar, podendo ser visuais (escotomas, flash, fotopsia, teicopsia, diplopia e espectro de fortificação), sensitivas (adormecimento dos lábios, face e mãos), confusão mental e transtornos de equilíbrio. Durante o período doloroso desse tipo de cefaléia pode ser notada a dilatação dos vasos temporais(23). A migrânea tem seu pico de incidência na meia-idade, apresentando tendência de diminuição com o aumento desta. Na faixa etária dos 70 anos, a mesma ocorre em apenas 5% das mulheres e 2% dos homens(8,20,31,32). No entanto, em alguns casos as migrêneas aparecem depois dos 50 anos, fato que ocorre em apenas 2% dos casos(32), porcentagem que se mantém após os 65 anos(31). Apesar da pequena prevalência desse tipo de caso, as migrêneas tardias são aquelas com as quais se deve haver maior preocupação, devido à maior possibilidade destas serem manifestações de tumores intracranianos, hematomas subdurais crônicos e da artrite temporal. Tais distúrbios podem ser diagnosticados através da história típica de migrânea ou de exames complementares como tomografia computadorizada e ressonância magnética(17), procedimentos prudentes nesses tipos de casos, já que estes são os de maior dificuldade de diagnóstico.

Em pacientes idosos não é típica a migrânea com aura(40) que tende a desaparecer com o aumento da idade, porém se deve ter cuidado no diagnóstico dessa que pode por vezes ser confundida com ataques isquêmicos passageiros, já que acidentes vasculares são comuns em idades mais avançadas. As auras, que raramente permanecem após o desaparecimento da migrânea, segundo Fisher, podem transformar-se em ataques periódicos de déficit neurológico em idosos, sem dor associada e com aumento de intensidade progressiva(12,13). A investigação radiológica se apresenta normal, permanecendo, no entanto, o diagnóstico diferencial para ataques isquêmicos passageiros.

Embora se afirme ampla e corretamente que, às vezes, a migrânea pode ser secundária a alguma doença cerebral básica, na prática, isso é raro e a investigação neurológica completa, em geral, não é necessária.

A migrânea em idosos está comumente relacionada às interações medicamentosas associadas ao tratamento de outros distúrbios típicos da idade. Sendo esta relação a mais importante fonte de análise e diagnóstico nesses pacientes, já que os idosos são menos tolerantes a medicamentos, tanto no tratamento da própria migrânea, que pode ser exacerbada pelo uso desses, como em outros distúrbios. As principais interações e suas complicações estão listadas nas Tabelas 4 a 8.

Tanto o tratamento crônico como o profilático podem ser acompanhados por efeitos colaterais que são agravantes no tratamento dos idosos. Deve-se ter em mente que o procedimento ideal para os jovens não se aplica de maneira adequada aos idosos, pois este pode predispor, como visto nas tabelas acima, o paciente de idade avançada a efeitos colaterais de maior intensidade e gravidade. A administração de doses gradativas pode ser uma solução. Os β-adrenérgicos podem causar letargia e perturbações, por isso devem ser utilizados com cautela; os antidepressivos tricíclicos causam efeitos anticolinérgicos e predispoem a perturbações, mas são alternativas razoáveis; já os bloqueadores de canais de cálcio são mais tolerados, mas não apresentam grande efetividade. As drogas antiepilépticas acabam sendo as mais indicadas para o uso nessa faixa etária(3,8,29,37).

As opções não farmacológicas de tratamento são essências para a orientação e tranquilização dos pacientes sobre a natureza benigna, na maioria das vezes, e sobre a possibilidade de remissão espontânea da migrânea. Analisar e eliminar os fatores desencadeantes são uma alternativa eficaz; assim como manter uma dieta adequada e sono regular.

Tabela 5 - Antidepressivos tricíclicos(26)

Droga	Posologia em mg/dia (número de tomadas/dia)	Efeitos adversos
Amiripiltina	12,5 – 75 (1 a 3)	Sonolência, ganho de peso, constipação intestinal.
Nortriptilina	10 – 75 (1 a 3)	Taquicardia, secura de mucosas, hipotensão postural, aumento da perspiração, alteração da libido, retenção urinária.

Tabela 6 - Bloqueadores de canais de cálcio(26)

Droga	Posologia em mg/dia (número de tomadas/dia)	Efeitos adversos
Flunarizina	5 - 10 (1)	Sonolência, ganho de peso, depressão, síndromes extrapiramidais,

astenia,	dores musculares, parestesias.
----------	--------------------------------

Tabela 7- Antagonistas serotoninérgicos²⁹

Droga	Posologia em mg/dia (número de tomadas/dia)	Efeitos adversos
Metisergida*	2-6 (3) Doses acima de 2mg aumentam o risco de fibroses de serosas e valvares.	Náuseas, vômitos, desconforto abdominal, epigastralgia, diarreia ou constipação, câimbras, insônia, sensação de irrealdade, confusão mental, alucinações, ansiedade, depressão, astenia, artralgia, ganho de peso, vasoconstrição periférica, claudicação arterial intermitente dos membros inferiores, angina pectoris, fibrose de serosas e valvares.
Pizotifeno	1,5 – 3 (1-3)	Sonolência, ganho de peso, boca seca, náuseas, vertigens, constipação intestinal.

* Interrupções por 4 semanas a cada 4-6 meses.

Tabela 8- Drogas antiipiléticas²⁹

Droga	Posologia em mg/dia (número de tomadas/dia)	Efeitos adversos
Ácido valpróico	500-1500 (2-3)	Sonolência, ganho de peso, tremor, alopecia, ataxia.
Valproato de sódio	500-1500 (1-2)	Epigastralgia, náuseas, hepatopatia. O divalproato tem efeitos adversos gastrointestinais de menor frequência e intensidade.
Gabapentina	300-2400 (1-3)	Sonolência
Topiramato	25-200 (1-3)	Sonolência, parestesias, perda de peso, alterações cognitivas, alterações do paladar, anorexia, diarreia, predisposição a nefrocalcinose.

2. Cefaléia tipo tensional

A cefaléia tipo tensional se constitui em algo bastante comum na prática clínica, caracteriza-se por uma dor em pressão, não pulsátil, contínua, com intensidade de leve a moderada, que não se agrava com as atividades físicas e o esforço, mas, geralmente, apresenta-se bastante incômoda. É freqüentemente bifrontal ou nuco-occipital, acompanhada, às vezes, de fotofobia, fonofobia e dores somáticas sugestivas de tensão muscular, que demonstram alguma sensibilidade, mas que não se confunde com uma arterite craniana. Durante o período doloroso desse tipo de cefaléia pode ser notada a contração dos músculos cervicais e da nuca. A cefaléia tipo tensional existe na maioria das pessoas em alguma época, porém tem sua incidência maior na meia-idade. Apresenta tendência de aparecimento em torno dos 40 anos; na faixa etária dos 65 anos a mesma incide em 27% dos casos. No entanto, apenas 10% desses aparecem apenas depois dos 50 anos(34).

A cefaléia tipo tensional, em todas as faixas etárias, inclusive, em idosos, está relacionada à depressão reativa ou de acentuada ansiedade resultante de distúrbios emocionais. A partir do afastamento das causas do conflito emocional, espontaneamente, por meio de psicoterapia e/ou por drogas psicotrópicas, a cefaléia deixa de existir. Estes tratamentos, principalmente em idosos, apresentam várias peculiaridades: a administração de drogas deve ser feita em doses gradativas, medicamentos que combinem analgésicos e cafeína devem ser evitados, por causarem dependência(29). As drogas psicotrópicas antidepressivas tricíclicas, como a nortriptilina e a fluoxetina, devem ser as mais indicadas nesse tipo de tratamento e para essa faixa etária em especial(3,29).

3. Cefaléia em salvas e hemicraniana paroxística crônica

A cefaléia em salvas é um distúrbio, quase exclusivo do sexo masculino, que se caracteriza por uma cefaléia estritamente unilateral, com dor orbital e ocular intensa que pode irradiar pela face, é recorrente e seus ataques podem ocorrer em períodos de 6 a 12 semanas, inclusive em uma mesma época do ano; tem duração de 15 a 180 minutos, é freqüentemente noturna e está relacionada ao consumo de álcool e compostos nitroglicerinados. Durante o período doloroso desse tipo de cefaléia pode ser notado o aparecimento de sinais fisionomáticos típicos como hiperemia conjuntival, lacrimejamento, congestão nasal, rinorréia, sudorese da face e fronte, miose e ptose. A cefaléia em salvas tem seu pico de incidência entre os 20 e os 50 anos de idade(29). Apresentando tendência de diminuição com o aumento desta. No entanto, em alguns casos, a cefaléia em salvas aparecem depois dos 50 após longos períodos de ausência. Na cefaléia em salvas o tratamento, principalmente em idosos, deve ser feito a partir da administração de drogas em doses pequenas e gradativas. Medicamentos, como o sumatriptano, verapamil, lítio, prednisona, devem utilizados com muito cuidado, pois tanto os tratamentos crônicos como profiláticos podem ser acompanhados por efeitos colaterais que são agravantes no tratamento dos idosos.

Já a cefaléia hemicraniana paroxística crônica é um distúrbio tipicamente feminino(29), que apresenta características semelhantes às da cefaléia em salvas; é, porém de menor duração, variando de 2 a 45 minutos. O tratamento deve ser feito a partir da administração de indometacina até 150 mg/dia. Não se pode esquecer que as cefaléias hemicranianas paroxísticas crônicas podem ser secundárias, caracterizando dores resultantes de outros processos e distúrbios sistêmicos(15,21).

4. Cefaléia hípica

A cefaléia hípica é um distúrbio bastante incomum que se caracteriza por uma dor geralmente bilateral difusa, em caráter de pressão, sem predominância de sexo(32), sem características autonômicas e que se manifestam diariamente durante a noite parecendo-se relacionar ao sono(30). É recorrente sempre em um mesmo período e acompanhada, na maioria das vezes, por náuseas e vômitos. Tem duração de 30 a 60 minutos. A cefaléia hípica tem sua incidência, ao contrário dos outros tipos, a partir dos 65 anos(8,29). Sendo típica, porém rara, de pessoas idosas. Diferencia-se claramente de outros tipos de cefaléias, como a em salvas, e distúrbios secundários, como lesões expansivas e arterite de células gigantes, pela descrição dos sintomas citados. O tratamento pode ser acompanhado por efeitos colaterais de maior intensidade e gravidade, pois o paciente idoso está mais predisposto a efeitos desse tipo. Deve-se ter em mente que o procedimento ideal é simples e está relacionado ao diagnóstico, devendo ser feita a administração de lítio 300 a 600 mg durante a noite, dose que será necessária para o alívio dos sintomas(26,30). A administração dessa droga pode causar dependência e é contra-indicada em pacientes com desidratação, doença renal e que fazem uso de diuréticos(29).

Cefaléias secundárias e seus acometimentos

Pode-se afirmar ampla e corretamente que as cefaléias podem ser secundárias a alguma doença cerebral básica, na prática, isso é comum e a investigação neurológica completa, em geral, é necessária. As cefaléias em idosos estão comumente relacionadas aos distúrbios senescentes e às interações medicamentosas associadas ao tratamento destes.

Distúrbios vasculares

1. Arterite de células gigantes

A arterite de células gigantes, também descrita como arterite temporal, é um distúrbio que se caracteriza por uma enfermidade inflamatória, que afeta o ramo temporal da artéria carótida externa, apresentando predileção pelas artérias dos nervos oftálmicos. Caracteriza-se por um distúrbio sistêmico acompanhado por cefaléia, sintoma mais freqüente, extremamente dolorosa e constante nas regiões temporal e occipital; mal-estar, apatia, hipertermia de origem desconhecida, polimialgia de 25% a 50% dos casos(8,29), sensibilidade do couro cabeludo e dos vasos à palpação com ausência de pulso, astenia, anorexia, perdas visuais associadas a obstruções dos ramos ciliares posteriores das artérias oftálmicas, oclusão da artéria central da retina e infarto dos lobos occipitais claudicação de mandíbula devido à isquemia masseterina por oclusão das artérias nutrientes(11) e hemossedimentação acelerada. A arterite de células gigantes é um distúrbio típico da senescência, tendo seu pico de incidência em idades avançadas e que raramente manifesta em pessoas jovens. Apresentando tendência de aumento com a faixa etária e prevalecendo no sexo feminino. Em pessoas de 50 anos a mesma incide em apenas 6,8/100.000, estatística que cresce para 73/100.000 na população de 80 anos(2). Tais distúrbios podem ser diagnosticados através da história típica ou de exames complementares como taxa de hemossedimentação e biópsia da artéria temporal.

Em pacientes idosos a elevação na taxa de hemossedimentação não é típica e deve proceder-se imediatamente à biópsia da artéria temporal, cujo achado característico do infiltrado inflamatório nas camadas média e adventícia apresenta linfócitos, histiócitos e células gigantes(10,24). O fragmento da artéria para biópsia deve ser extenso, pois a doença tende a ser segmentar. A angiografia extracraniana seletiva pode ser utilizada para a localização das áreas acometidas. A biópsia unilateral positiva em cerca de 85% dos casos(29).

Embora se afirme ampla e corretamente que o diagnóstico arterite de células gigantes esteja relacionado à elevação na taxa de hemossedimentação(24), com 89% dos casos apresentando (pelo método westergren) valores acima de 31 mm/hora e 41% valores acima de 100 mm/hora(10,24,34), alguns estudos mostram que esta pode apresentar-se sem elevação destas taxas, com valores abaixo de 30 mm/hora em 22,5% dos casos(10).

Deve-se ter em mente que o procedimento ideal é simples, e está relacionado a este diagnóstico. Mesmo que o tratamento possa ser acompanhado por efeitos colaterais de maior intensidade e gravidade em pacientes idosos, deve ser feita a administração de corticosteróides, preferencialmente a prednisona, 60 a 80 mg/dia, capaz de fazer desaparecer os sintomas e proteger o paciente das complicações desta enfermidade(4,8,29,37). A administração dessa droga deve ser feita durante um a dois meses, apresentando o desaparecimento da cefaléia e dos outros sintomas logo no início do tratamento.

2. Hematoma subdural crônico

Na maioria dos hematomas subdurais crônicos, o diagnóstico é evidente a partir da história e do exame, sendo as causas traumáticas, em especial nos idosos, as principais geradoras desses acidentes. A cefaléia é intensa e ocorre em qualquer tipo de hematoma subdural crônico, no qual, além disso, habitualmente existe elevação da pressão intracraniana. De forma característica,

o início é súbito, aparecendo de semanas a meses após o trauma, este é seguido, além da cefaléia, por sinais típicos, como rigidez nuchal, alterações no nível e conteúdo de consciência. Em geral, o diagnóstico é correto e se confirma com os achados do higroma subdural, às vezes tinto de sangue que resulta de uma ruptura da aracnóide(22). Mesmo apresentando maior risco, o paciente idoso deve submeter-se ao tratamento cirúrgico, única alternativa nesse tipo de caso.

3. Isquemia cerebral

A isquemia cerebral é descrita como uma enfermidade vascular inflamatória que se caracteriza por um distúrbio sistêmico acompanhado, em casos benignos, de um estado confusional pós-isquêmico transitório, com recuperação completa, ao passo que nos pacientes mais permissivos, como os idosos, pode haver comprometimento mais grave como perda de funções corticais, permanência em estados comatosos ou estados vegetativos. A isquemia é a via final comum de todos os tipos de hipóxia. Sendo esta, em 25% dos casos resultantes do estado isquêmico da artéria cerebral média e em 50% destes da insuficiência da artéria vertebrobasilar, casos típicos na senescência. A cefaléia, principal sintoma, é moderada, pulsátil, constante, difusa e ocorre em qualquer tipo estado isquêmico. Tal distúrbio pode ser diagnosticado através da história típica ou de exames complementares, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, procedimentos prudentes nesses tipos de casos, já que estes são bastante inespecíficos e de maior dificuldade de diagnóstico, principalmente em idosos.

Distúrbios intracranianos não vasculares

As cefaléias não vasculares geralmente têm sintomatologia relacionada a acometimentos de focalidade neurológica, como meningites, encefalites, tumores primários ou metastáticos, abscessos primários, granulomas, neurofibromas, adenomas de hipófise, hemorragia ou trombose, pseudotumor cerebral e punção lombar. Na maioria dos distúrbios intracranianos não vasculares o diagnóstico é evidente a partir da história e do exame, sendo as lesões encefálicas metastáticas, em especial nos idosos, de origem tumoral sistêmica. A cefaléia é intensa e localizada, ocorrendo em qualquer desses acometimentos, nos quais, além disso, habitualmente existe elevação da pressão venosa e aparecimento hematomas. De forma característica, o início é súbito e seguido, além da cefaléia, por sinais típicos, como rigidez nuchal, sinais de hipertensão intracraniana, alterações no nível e conteúdo de consciência, náuseas e febre(14). A intensidade da cefaléia e sua localização não estão relacionadas a processos neoplásicos. Tal distúrbio pode ser diagnosticado através de exames complementares como tomografia computadorizada e ressonância magnética, procedimentos prudentes nesses tipos de casos, já que os sintomas são bastante inespecíficos e de grande dificuldade de diagnóstico, principalmente em idosos. As cefaléias intra-encefálicas não vasculares são mais comuns que os hematomas subdurais crônicos, fato importante nesse diagnóstico, já que as duas enfermidades apresentam características bastante parecidas.

Associadas a distúrbios sistêmicos

As queixas de cefaléia são bastante constantes, principalmente em pacientes de idade avançada, e alguns sintomas são descrições frequentes e decisivas para o diagnóstico dessa, como o reconhecimento das disfunções metabólicas e a das infecções peculiares da idade e dos distúrbios sistêmicos.

São consideradas importantes e acometem principalmente os idosos as seguintes afecções, relacionadas na Tabela 9. As cefaléias associadas a distúrbios sistêmicos são acompanhadas de sintomas e sinais típicos desses distúrbios, e a sua permanência está intimamente relacionada à duração da enfermidade e o tratamento da cefaléia, consequência da cura desta. Porém, deve ser dada especial atenção à redução da tolerância a medicamentos e ao aumento do potencial das contra-indicações desses pacientes idosos, pois muitos medicamentos utilizados nesses tratamentos podem ser acompanhados por agravamento da cefaléia e, na inicial ausência desta, o seu aparecimento.

Cefaléias causadas por medicamentos

No tratamento de qualquer enfermidade, o terapeuta deve adotar estratégias visando eleger a droga ideal para o tipo de acometimento, particularmente para o perfil do paciente idoso a ser tratado, já que estes são os que mais necessitam. É importante saber manejar as drogas e conhecer seus efeitos colaterais, suas contra-indicações, assim como as interações. As cefaléias induzidas por drogas são um distúrbio bastante comum que se caracterizam por uma dor geralmente difusa, em caráter de pressão, às vezes pulsátil e severa, sem predominância de sexo. Devendo-se considerar o tratamento preventivo em face das doenças associadas a estas cefaléias. Com este propósito, serão expostas a seguir as indicações e contra-indicações das drogas e as doenças ou condições clínicas associadas e a prevenção contra o aparecimento das cefaléias.

Drogas cardiovasculares(3)

- 1. Angina e infarto agudo do miocárdio - é recomendado o uso de beta-bloqueadores. Devem ser evitados a metisergida, os triptanos e usados com precaução os antidepressivos tricíclicos.
- 2. Insuficiência cardíaca congestiva - devem ser evitados os antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueadores e triptanos. Podem ser usados com precaução a flunarizina e a metisergida.
- 3. Doença vascular periférica - devem ser evitados os beta-bloqueadores e a metisergida. Usar com precaução os triptanos.
- 4. Outras cardiopatias - devem ser evitados os antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueadores e metisergida.

Drogas do sistema nervoso central(3)

- 1. Epilepsia - recomenda-se o uso de divalproato e outras drogas antiepiléticas como topiramato ou gabapentina; entretanto, as duas últimas drogas não têm eficácia plenamente confirmada. Não se recomenda o uso de antidepressivos tricíclicos.
- 2. Síndrome parkinsoniana - deve ser evitado o uso da flunarizina.
- 3. Tremor essencial - recomenda-se o uso dos beta-bloqueadores. Utilizar com precaução os antidepressivos tricíclicos, a flunarizina e o divalproato.
- 4. Distúrbios psicoafetivos - recomenda-se o uso dos antidepressivos tricíclicos para depressão e ansiedade, beta-bloqueadores para ansiedade e transtorno do pânico e divalproato para ansiedade e mania. Devem ser evitados os antidepressivos tricíclicos na mania e usados com precaução nas psicoses. Devem ser evitados os beta-bloqueadores e a flunarizina na depressão do humor.
- 5. Síndromes dolorosas (neuralgias) - recomendam se os antidepressivos tricíclicos, topiramato, gabapentina e antiinflamatórios não esteroidais (AINE).

Tabela 9 - Doenças geriátricas(7)	
Dependentes da idade	Relacionadas à idade
Cataratas	Aterosclerose sistêmica
Distúrbio da audição	Infarto agudo do miocárdio
Osteoporose	Doenças vasculares cerebrais
Osteoartrite	Cardiopatia isquêmica crônica
Atrofia vulvovaginal	Arterite temporal
Hiperplasia prostática	Síndrome mielodisplásica
Hiperinflação senil dos pulmões	Hipertensão
	Diabetes mellitus tipo II
	Vulnerabilidade a infecções
	Doença de Alzheimer
	Doença de Parkinson
	Cânceres
	Estenose aórtica calcifica
	Doença dos ossos de Paget
	Mieloma múltiplo
	Glaucoma

Drogas músculo-esqueléticas(3)

- 1. Processos fibróticos - devem ser evitados os beta-bloqueadores, a metisergida e o pizotifeno.

Drogas do sistema digestório e excretor(3)

- 1. Úlcera péptica e colite ulcerativa - devem ser evitados a metisergida e os AINEs; ter precaução com a ciproeptadina.
- 2. Obesidade - recomendado o uso do topiramato. Devem ser evitados a flunarizina, o pizotifeno e ciproeptadina. Podem ser usados com precaução os antidepressivos tricíclicos, beta-bloqueadores e o divalproato.
- 3. Hipertrofia prostática - devem ser evitados os antidepressivos tricíclicos, o pizotifeno e a ciproeptadina.
- 4. Nas doenças hepáticas e renais - todos os medicamentos devem ser usados com precaução, particularmente nos casos mais graves. A metisergida e o divalproato devem ser evitados mesmo nos casos mais leves.
- 5. Diabetes mellitus - deve ser evitado o uso de beta-bloqueadores.

Drogas do sistema respiratório(3)

- 1. Asma - deve ser evitado o uso de beta-bloqueadores e AINEs.

Drogas reguladoras e do sistema imune(3)

- 1. Hipertensão arterial sistêmica - recomenda-se o uso de beta-bloqueadores. Devem ser evitados a metisergida, os triptanos; usar os AINEs com precaução.
- 2. Hipotensão arterial - recomenda-se o uso de metisergida. Devem ser evitados os beta-bloqueadores. Os antidepressivos tricíclicos podem ser usados com precaução.
- 3. Discrasias sanguíneas e púrpura - devem ser evitados o divalproato, o topiramato e os AINEs. A gabapentina pode ser utilizada

com precaução.

4. Glaucoma - devem ser evitados os antidepressivos tricíclicos, o pizotifeno e a ciproeptadina.

Como pôde ser notado, o tratamento pode ser acompanhado por efeitos colaterais que são agravantes no tratamento de outras patologias, principalmente de idosos. Deve-se ter em mente que o procedimento deve ser cauteloso e aplicado de maneira adequada, pois este pode predispor, como visto acima, o paciente de idade avançada a efeitos colaterais de grande intensidade e gravidade. A administração de doses gradativas e o estudo dos efeitos colaterais pode ser uma boa alternativa para evitar o aparecimento e o agravamento dos casos de cefaléia. Porém, na permanência dos sintomas a suspensão da medicação se torna inevitável.

O tratamento com opções não farmacológicas, muitas vezes, acaba sendo essencial; além da orientação e tranquilização dos pacientes sobre a natureza e sobre a possibilidade de remissão da cefaléia.

Cefaléia de origem extra-encefálica

As cefaléias têm sintomas e sinais relacionados aos acometimentos do distúrbio que as produzem, como afecções oculares (irites, glaucoma, astigmatismo), afecções otorrinolaringológicas (otites, sinusites, mastoidites), cefalgia de origem osteocraniocervicais (enfermidade de Paget, artroses cervicais), neuralgias (trigeminal, glossofaríngeas), artrites (artrites temporal de células gigantes), além de cefaléia menstrual e obstrução mediastinal. Na maioria distúrbios de origem extra-encefálica. As queixas de cefaléia nesses distúrbios são bastante constantes, principalmente em pacientes de idade avançada, e alguns sintomas são descrições freqüentes e decisivas. Porém, tais distúrbios podem ser diagnosticados através de exames complementares como raios X, tomografia computadorizada e ressonância magnética, já que os sintomas são inespecíficos e o diagnóstico difícil. Existem diferentes formas de classificar as cefaléias relacionadas a estes distúrbios. A International Headache Society (IHS) as dividiu consoante critérios diagnósticos, baseados inteiramente em atributos clínicos em cefaléia ou dor facial associada a distúrbio de crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios paranasais, dentes, boca ou outras estruturas da face ou crânio e nevralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor da deaferentação(17).

Relacionadas a traumatismos

As cefaléias são comuns após traumatismos craniocéfalícos. Normalmente não persistem, mas, às vezes, continuam fazendo parte da síndrome pós-traumática. A cefaléia, de forma característica, descreve-se como uma dor em pressão, não pulsátil, contínua, como uma dor intensa que se agrava com as atividades físicas, esforço e barulho e que, geralmente, apresenta-se bastante incômoda; quando relacionada a anormalidades cervicais pode produzir dor na região posterior ou anterior da cabeça por envolvimento dos nervos cervicais ou do trato descendente do nervo trigêmeo. Já doenças primárias associadas a ossos as cefaléias são raras. Esse tipo de distúrbio aflige todas as faixas etárias e em idosos está relacionada à maior propensão destes a acidentes dos mais variados tipos.

Cefaléia cervicogênica

A cefaléia cervicogênica é um distúrbio bastante incomum que se caracteriza por uma dor forte, geralmente unilateral difusa, em caráter de pressão em nível do nervo occipital com irradiação para a frente e que se manifesta abruptamente com movimentos(27). A cefaléia cervicogênica tem sua prevalência em pessoas idosas questionada, já que as alterações radiológicas cervicais nessa faixa etária são bastante comuns, não se consegue distinguir esta dos distúrbios cervicogênicos(9). Deve-se ter em mente que o procedimento ideal para o tratamento é simples e está relacionado ao diagnóstico, devendo ser feita a aplicação local de analgésicos para o alívio da dor. A administração deste tipo de droga é responsável apenas pela suspensão da cefaléia, sendo o tratamento do distúrbio fundamental para o desaparecimento do sintoma.

Glaucoma

As afecções inflamatórias das pálpebras, da esclera, da coróide, da íris e as hipertensões das câmaras oculares, principalmente o glaucoma agudo, podem provocar, principalmente na população idosa, fortes dores oculares que irradiam para as regiões frontal e temporal, acompanhada por hiperemia conjuntival e perda da acuidade visual. O diagnóstico é simples e está relacionado à história de sintomas do paciente.

Alveolite dentária, tumores ósseos, nasofaríngeos e dos seios paranasais

Os processos de alveolite dentária, tumores ósseos, nasofaríngeos e dos seios paranasais provocam dores localizadas nessas regiões, que poderão ou não se irradiar para a frente e têmporas. Os sinais são bastante inespecíficos e o quadro clínico pode ser confundido, principalmente em pacientes idosos, com outros distúrbios de maior gravidade. O procedimento ideal para o tratamento é simples e está relacionado ao diagnóstico. A identificação do processo determinará o diagnóstico e o tratamento da enfermidade será responsável pelo desaparecimento da sintomatologia e da cefaléia, já que estes estão intimamente ligados.

Principais grupos de nevralgias

1. Nevralgia do trigêmeo

A nevralgia do trigêmeo é distúrbio acompanhado por cefaléia predominantemente paroxística unilateral, em 4% dos casos bilateral(29), súbita, aguda, superficial frontal ou facial e similar a choque elétrico, de intensidade severa e que se agrava com atividades como mastigar, beber água e escovar os dentes. É recorrente e assintomática entre as crises que duram alguns segundos, geralmente se localiza nas divisões do nervo trigêmeo, preferencialmente na segunda e na terceira, e tendo a divisão mandibular como a principal região acometida. Durante o período doloroso desse tipo de cefaléia podem ser notados espasmos musculares. A nevralgia do trigêmeo tem seu pico de prevalência na meia-idade, apresentando tendência de aumento com o aumento desta; nas faixas etárias mais avançadas, a mesma ocorre com incidência de 155 casos por milhão, sendo que a maioria destes aparecem depois dos 40 anos, e prevalecem entre 50 e 58 anos. A cefaléia causada pela nevralgia do trigêmeo deve ser diferenciada de outras causas de dor facial através da história, sendo esta predominantemente relacionada a causas idiopáticas, esclerose múltipla, compressão foraminar e resultante de artérias aberrantes e isquemia de tronco cerebral. O tratamento está relacionado ao diagnóstico, devendo ser feito o emprego de drogas como: carbamazepina, valproato, baclofeno, gabapentina e clonazepam(29). Havendo falha neste tipo de procedimento, deve-se recorrer a tratamentos cirúrgicos como: Injeções gasserianas ou retrogasserianas de álcool ou glicerol, gangliose por radiofrequência e descompressão microvascular por craniotomias, principalmente, occipital(29). A cura do distúrbio é fundamental para o desaparecimento da cefaléia e está intimamente relacionada com a administração destes tipos de tratamento.

2. Nevralgia do glossofaríngeo

A nevralgia do glossofaríngeo é distúrbio nevralgíco pouco comum, mas que também se acompanha por cefaléia e esta se caracteriza por ser unilateral, súbita, aguda, superficial facial e em caráter de punhalada ou queimação, de intensidade severa e que se agrava com atividades como falar, deglutir, mastigar, tossir e bocejar os dentes. É recorrente durante o dia inteiro, até mesmo durante o sono, é assintomática entre as crises que duram de poucos segundos a alguns minutos. Geralmente se localiza nas divisões do nervo glossofaríngeo, preferencialmente na região do palato, língua, mandíbula, laringe e ao redor da orelha mandibular. Durante o período doloroso desse tipo de cefaléia pode haver, em 2% dos casos, síncope vasovagal(29). A cefaléia causada pela nevralgia do glossofaríngeo deve ser diagnosticada através da história típica, tendo suas características relacionadas a causas como compressão do nervo resultante de artérias aberrantes, tumores pontocerebelares, carcinomas nasofaríngeos, aneurismas de carótida, abscessos peritonsilares e calcificação do ligamento estilo-hióide. O exame físico pode ser feito com anestesia local da tonsila e faringe com abolição da dor. Pode ser necessário o uso de exames complementares como ressonância magnética e tomografia computadorizada. Deve-se ter em mente que o procedimento para o tratamento é o mesmo aplicado à nevralgia do trigêmeo. No entanto, o tratamento cirúrgico diverge no que se refere à secção do nervo, procedimento ideal na nevralgia do glossofaríngeo.

3. Nevralgia pós-herpética

A nevralgia pós-herpética é um distúrbio nevralgíco relacionado à erupção vesicular do vírus herpes zoster, é acompanhado por dor facial unilateral que geralmente se localiza nas divisões oftálmica ou maxilar do nervo trigêmeo e pode, ainda, estar associada ao III, IV ou VI pares de nervos cranianos e infecção do gânglio geniculado (síndrome de Ramsay-Hunt). O período doloroso é acompanhado por alterações do sono e hiperatividade simpática e persiste após a convalescência da fase vesicular, podendo durar mais de seis meses. A nevralgia pós-herpética tem seu pico de incidência em idades avançadas, apresentando tendência de aumento com o aumento destas. Na faixa etária dos 60 anos, a mesma ocorre em apenas 50% dos pacientes, percentual que aumenta para 75 em pacientes com mais de 70 anos(29). Fatores de risco como diabetes, linfoma e imunossupressão podem aumentar a ocorrência deste tipo de distúrbio. O tratamento está relacionado ao diagnóstico e deve ser diferente a depender do estágio de desenvolvimento da enfermidade. Na fase aguda, deve ser feito o emprego de aciclovir oral durante 21 dias. No entanto, esta administração previne apenas a dor na fase aguda, não havendo consenso no que diz respeito à prevenção da nevralgia pós-herpética que é tratada com antidepressivos tricíclicos, capsaicina tópica (quando tolerada), além de preparações anestésicas de uso tópico(29).

Diferentemente de outras nevralgias, a intervenção cirúrgica se apresenta pouco eficaz, sendo a administração das drogas anteriormente citadas a melhor opção para o tratamento.

Conclusão

A cefaléia em idosos não é uma entidade simples, causada por apenas um fator etiológico, trata-se de uma síndrome. A causa mais comum se relaciona aos distúrbios típicos e dependentes dessa faixa etária. Apesar das evidências de que a cefaléia em idosos possa estar associada a distúrbios sistêmicos, é preciso ter cautela no diagnóstico para não os classificar como causa única desta enfermidade.

O primeiro passo para avaliar o paciente idoso com queixas de cefaléia é a anamnese, pois, muitas vezes, trata-se apenas de uma queixa sem fundamento, devido ao desconhecimento do paciente sobre os padrões normais desse tipo de dor. Se a cefaléia for excessiva e persistente, deve-se pesquisar sua etiologia, que tanto pode ser resultante de uma condição benigna como se tratar de manifestação precoce de doenças de maior gravidade como tumores cerebrais, hemorragias intracraniais, infecções do sistema nervoso central ou até mesmo de problemas psicossomais graves.

São bastante esclarecedores para afastar etiologias de maior gravidade, uma história detalhada, um exame físico completo e exames complementares, como tomografia computadorizada e ressonância magnética. Esta avaliação deve preceder qualquer conduta intervencionista como, por exemplo, o uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos. Recomenda-se instruir o paciente idoso sobre os padrões normais das cefaléias, tranquilizando-o sobre a evolução benigna dos sintomas. Somente com essa conduta, muitas vezes, já se pode eliminar o problema.

A postura é diversa quando o paciente idoso apresentar sintomatologia abrangente, recomendando-se a investigação das causas primárias, secundárias e das medidas farmacológicas dos distúrbios, pois a cura da cefaléia pode estar intimamente ligada à eliminação desses processos.

Os dados apresentados nas pesquisas indicam que as orientações propostas para eliminar a cefaléia em idosos devem ser feitas precocemente, pois a incerteza do diagnóstico é perturbadora tanto para o paciente quanto para o médico. E, finalmente, deve-se sempre relacionar a cefaléia ao déficit físico e orgânico causado pela senescência.

Bibliografia

1. Adams RD, Victor M, Ropper AH. Principles of Neurology. 6th ed. New York: Mc Graw-Hill, 1997, pp 167-193.
2. Bengtsson BA. Incidence of giant cell arteritis. Acta Med Scand 1982; 58: 15-17.
3. Brazilian Headache Society. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. Arq Neuropsiquiatr 2002; 60:159-169.
4. Capplan LR. Problemas frecuentes en Neurología. In: Sistema Nervioso: trastornos neurológicos y neuromusculares. Barcelona: Masson, 1997, pp 31-34.
5. Castro ME, Pascual J. Fisiopatología de la migraña. Neurología 1998; 13:29-32.
6. Cook NR, Evans DA, Funkenstein HH, Scherr PA, Ostfeld AM, Taylor JO, Hennekens CH. Correlates of headache in a population based cohort of elderly. Arch Neurol 1989; 46:1338-1344.
7. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. Robbins Patologia Estrutural e Fundamental. Rio de Janeiro: Gunabara Koogan S. A., 1991.
8. Edmeads J. Headaches in older people. How are they different in this age-group? Postgrad Med. 1997; 101:91-4.
9. Elias F. Roentgen findings in the asymptomatic cervical spine. NY State J Med 1958; 58: 300-303.
10. Ellis ME, Ralston S. The ESR in the diagnosis and management of the polymyalgia rheumatica/giant cell arteritis syndrome. Ann Rheum Dis 1983; 42: 168-170.
11. Farias WF. Cefaléias vasculares. In: Algas Craniofaciais. Lemos Editorial, 1998, p.227.
12. Fisher C.M. Late-life migraine accompaniments as a cause of unexplained transient ischemic attacks. Can J Neurol Sci 1980; 7: 9-17.
13. Fisher C.M. Late life migraine accompaniments: further experience. Stroke 1986; 17: 1033-1042.
14. Forsyth PA, Posner JB. Headaches in patients with brain tumors: a study of 111 patients. Neurology 1993; 43: 1678-1683.
15. Gawel MJ, Rothbart P. Chronic paroxysmal hemicrania which appears to arise from either third ventricle pathology or internal carotid artery pathology. Cephalalgia, 1992; 12:327.
16. Hale WE, Marks RG, Stewart RB. The Dunedin Program, a Florida geriatric screening process: design and initial data. J Am Geriatric Soc 1980; 27:377.
17. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Proposed classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8:10-73.
18. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Revista de Saúde Publica 1987; 21: 200-210.
19. Kirkwood TBL, Holliday R. The evolution of aging and longevity. Proc. R. Soc. Lond. (Biol.) 1979; 205:531.
20. Lipton RB, Stewart WF. Migraine in the United State: a review of epidemiology and health care use. Neurology 1993; 43: S6-S10.
21. Medina JL. Organic headaches mimicking chronic paroxysmal hemicrania. Headache, 1992; 32: 73-74.
22. Moore PM, Cupps T R. Neurological complications of vasculitis. Ann. Neurol. 1983; 14:155
23. Moreno GMS, Díez TE. Migrañas: formas inusuales. Continua Neurol 1999; 2: 17-25.
24. Nadeau SE, Watson RT. Neurological manifestations of vasculitis and collagen vascular syndromes. In: Clinical neurology. New York: Lippincott-Raven, 1996, pp 59-68.
25. Newland CA, Illis LS, Robinson PK, Batchelor BG, Waters WE. A survey of headache in an english city. Res Clin Stud Headache 1978; 5:1-20.
26. Newman LC, Lipton RB, Solomon S. The hypnic headache syndrome: a benign headache disorder of the elderly. Neurology 1990; 40:1904-1905.
27. Poser CM. The types of headache that affect the elderly. Geriatrics 1976; 31:103-106.
28. Patten J. Diagnóstico diferencial em neurologia. São Paulo: Roca, 1985, pp 223-237.
29. Rabello GD. Cefaléia no idoso. RBM - Rev Bras Med 1998; 55:660-680.
30. Raskin NH. The hypnic headache syndrome. Headache 1988; 28: 534-536.
31. Raskin NH. Headache. New York: Churchill-Livingstone, 1988.
32. Selby GW, Lance JW. Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. J Neurol Neurosurg Psychiat 1960; 23: 23-32.
33. Serratrice G, Serbanesco F, Sambuc R. Epidemiology of Headache in Elderly Correlations with Life Conditions and Socio-professional Environment. Headache 1985; 25:85-89.
34. Silberstein SD, Lipton RB, Peter JG. In: Headache in Clinical Practice. Oxford: Isis Medical Media, 1998, pp 201-212.
35. Solomon GD, Kunkel RS Jr, Frame J. Demographics of headache in elderly patients. Headache 1990; 30: 273-276.
36. Srikiatkachorn A. Epidemiology of headache in the Thai elderly. Headache, 1991; 31:677-681.
37. Velázquez EJI, del Campo YP, Pérez MJD, Consuegra OV. Enfoque clínico-etiológico de las cefaleas. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17:183-189.
38. Waters WE. Epidemiological data relevant to prognosis in migraine in adults. Int J Epidem 1975; 2:189-194.
39. Waters WE. The Pontypridd headache survey. Headache 1974; 14:81-90.
40. Wilkinson M. Clinical features of migraine. In: Headache. New York: Elsevier, 1986:117-183.
41. Ziegler DK. Headache. Public Health problem. Neurol Clin 1990; 8: 781-791.